

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Octobre 1896, à 9 heures

PAR

Louis CAHUZAC

Né à Troyes, le 8 Décembre 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris

DU THRILL

DANS

L'INSUFFISANCE AORTIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

Jurés : MM. STRAUS, professeur.

LETULLE et ROGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Octobre 1896, à 9 heures

PAR

Louis CAHUZAC

Né à Troyes, le 8 Décembre 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris

DU THRILL

DANS

L'INSUFFISANCE AORTIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

LETULLE et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladies des enfants	SEE (G.)
Clinique de pathologie mentale et des mala-	POTAIN.
dies de l'encéphale	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilit.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GRANCHER.
Clinique chirurgicale	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires ..	FOURNIER.
Clinique ophthalmologique	RAYMOND.
Clinique d'accouchement	TILLAUX.
Professeur honoraire ..	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
	M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARBIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention de doter l'étiologie de l'insuffisance aortique d'un apport considérable, en décrivant un signe : le thrill, que nous avons trouvé parmi les symptômes inhérents à cette affection et que nous allons exposer au cours de cette étude. Mais nous avons voulu simplement bien mettre en lumière ce symptôme énoncé brièvement par les auteurs qui se sont occupés de décrire l'insuffisance aortique.

Ainsi que nous le démontrerons ultérieurement ce caractère peut être d'une certaine valeur au point de vue du diagnostic différentiel à faire entre l'insuffisance aortique pure et d'autres affections valvulaires.

Qu'il nous soit permis avant de commencer cet exposé de remercier doublement Monsieur le Professeur agrégé Roger, d'abord pour la bonté qu'il a eue de nous donner la première idée de cette étude, et ensuite pour la bienveillance et les excellentes leçons qu'il nous a toujours prodiguées pendant notre année d'externat passée dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe.

Monsieur le Professeur Potain a droit également

à tous nos remerciements, pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous exprimons toute notre gratitude à tous nos maîtres qui ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale et nous ont toujours donné d'excellents conseils pendant nos années d'externat. Que Monsieur le Professeur Debove et Messieurs les Docteurs Millard, de Beurmann et Descroizilles reçoivent ici un témoignage de notre reconnaissance.

Enfin nous ferions preuve d'indifférence en n'adressant pas tous nos remerciements à Monsieur le Docteur Launois qui a toujours montré une très grande bienveillance à notre égard et grâce à qui nous avons pu recueillir le plus grand nombre d'observations figurant dans notre thèse.



CHAPITRE I^{er}

DÉFINITION

Nous avons cru qu'il était peut-être bon avant de citer le mot de thrill, qui reviendra assez souvent au cours de cette étude, puisque d'ailleurs il sert de sujet à notre thèse, de définir ce que l'on entend par ce terme.

On désigne sous le nom de thrill la répétition successive et un certain nombre de fois de suite du même bruit.

Le thrill artériel est donc la répétition d'un choc perçu plusieurs fois de suite par le doigt et d'une façon très rapide sur le trajet d'une artère. C'est un frémissement, une sorte d'ondulation des mouvements vibratoires des artères.



CHAPITRE II

HISTORIQUE

Puisque le thrill n'est en somme qu'un frémissement, on pourra sans doute nous faire remarquer que ce signe a toujours été décrit parmi les symptômes de l'insuffisance aortique, aussi il nous a paru intéressant de rechercher de quelle façon la plupart des médecins, qui se sont occupés d'étudier en détail l'insuffisance aortique, ont signalé le thrill, et quelle importance ils lui ont donné.

Corrigan, qui le premier décrivit assez complètement la symptomatologie de l'insuffisance aortique, s'exprime en ces termes au sujet de cette dernière affection : on note dans l'insuffisance aortique, dit-il, des pulsations visibles des artères de la tête et du membre supérieur. Quand un malade atteint d'insuffisance aortique est examiné, on trouve que le tronc artériel de la tête et des extrémités supérieures frappent l'œil par leurs pulsations singulières. A chaque diastole, les artères principales voire même les artères palmaires sont soudainement soulevées et bondissent sous la peau. Les pulsations de ces artères peuvent être observées chez une personne en bonne santé mais dans la maladie en question le degré auquel ces artères sont soulevées est excessif. De

plus le pouls est toujours plein, on note un bruit de soufflet dans les carotides et les sous-clavières, et un thrill rude est senti par le doigt dans les carotides et les sous-clavières.

En 1834 Guyot dans sa thèse inaugurale sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes parle également d'un bruissement perçu au niveau des grosses artères. Voici ce qu'il rapporte dans une observation citée dans sa thèse : En écoutant avec attention vers la partie inférieure du sternum, on entend un double bruit de soufflet l'un paraissant isochrône au pouls, l'autre lui succédant.

Les carotides, les sous-clavières sont agitées de mouvements brusques, pulsatifs très visibles à l'œil, isochrones aux battements du cœur et présentant un bondissement et un bruissement très remarquables. Lorsqu'on y applique le doigt, l'oreille y perçoit aussi un bruit de soufflet très notable.

Disons en passant que l'auteur attache une légère importance à ce bruissement, puisqu'il nous dit que trois phénomènes ou symptômes principaux doivent être retenus et notés pour diagnostiquer l'insuffisance aortique. 1° L'absence de bruit clair du cœur et son remplacement par un bruit de souffle très sensible à la base et diastolique. 2° Les pulsations visibles des artères du cou, de la tête, des membres supérieurs. 3° La force, la fréquence et la vibrance du pouls.

Dans son traité de Pathologie, Grisolle ne fait que répéter même presque textuellement les paroles

de Corrigan, d'ailleurs il le dit lui-même et ne s'en cache pas.

En 1864, M. Soulier dans un article de la *Gazette Médicale* de Lyon présente un rapport sur le phénomène suivant. Si l'on applique, dit-il, sur l'artère humérale immédiatement au-dessus du pli du coude et dans la direction du vaisseau deux ou plusieurs doigts, l'indicateur et le médius de chaque main, par exemple, l'on obtient dans certains cas une sensation de frémissement que l'on peut appeler le frémissement artériel.

Le Professeur Peter dans ses cliniques à propos de la symptomatologie de l'insuffisance aortique nous rapporte des faits suivants. « Nous avons, dit-il, un malade atteint d'insuffisance aortique qui présente les signes les plus caractéristiques, je veux dire les pouls spécial (ligne d'ascension brusque verticale, élevée indiquant que l'artère est brusquement soulevée ; mais en raison de l'insuffisance valvulaire sigmoïde, cette ligne fléchit tout aussi brusquement d'où le crochet qui est le signe probant de l'insuffisance aortique). Puis comme cette lésion accompagne le plus souvent l'athérome aortique dont elle est le résultat, après le crochet vient le plateau indicateur. Le bondissement artériel étant proportionnel au diamètre du vaisseau et à sa proximité du cœur vous comprenez qu'il doit être plus marqué aux carotides qu'aux radiales en y produisant cette danse artérielle, car parmi les autres signes de l'insuffisance aortique outre le souffle cardiaque et crural, on note

aussi la danse des artères ». « Un individu atteint d'insuffisance aortique, dit l'auteur, dans un autre passage me racontait que les carotides lui sautaient dans le cou. »

Le Professeur Jaccoud parle également du frémissement artériel.

Enfin dans l'article du dictionnaire encyclopédique rédigé par le Professeur Potain et M. Rendu la présence du thrill est confirmée.

En résumé, nous voyons donc que le thrill a été vu par Corrigan et naturellement les auteurs qui sont venus après lui ont relaté ce signe, mais ajoutons qu'ils ont peut-être moins insisté sur sa présence que Corrigan ne l'avait fait, et pour eux ce signe n'est absolument que secondaire et n'offre pas une grande valeur. Du reste ainsi que nous l'avons vu, Guyot ne le range pas parmi les trois symptômes caractéristiques de l'insuffisance aortique, qu'il nous donne. De même M. Soulier dit rencontrer ce bruissement aussi bien dans les fièvres infectieuses que dans l'insuffisance aortique.

Du reste une autre preuve confirmant bien que les auteurs laissèrent ce signe de côté, c'est que pendant que nous rédigeons ce travail, une des sommités médicales de l'Allemagne, M. le Docteur Litten a fait paraître dans la *Semaine Médicale* une note disant qu'il venait d'observer un thrill sur le trajet des artères d'un individu atteint d'insuffisance aortique.

Quant à nous, nous ne voulons pas donner ce symptôme comme ayant une première valeur pour

diagnostiquer une insuffisance aortique, mais ce que nous voulons établir, c'est que nous avons toujours rencontré le thrill dans l'insuffisance aortique pure et que chaque fois que nous avons observé une affection valvulaire accompagnée d'insuffisance aortique, le thrill a presque toujours fait défaut.



CHAPITRE III

DESCRIPTION DU THRILL

Sur les divers malades que nous avons vu et dont nous publions plus loin les observations, nous avons pu nous rendre compte du phénomène suivant. Lorsque l'on place le doigt sur une artère assez volumineuse, et en général les deux artères qui prêtent le mieux à cette observation et sur lesquelles nous avons le plus souvent rencontré le thrill sont les carotides et les sous-clavières, on sent l'ondée sanguine fuir sous le doigt, mais en fuyant elle laisse percevoir des petites pulsations revenant précipitamment les unes à la suite des autres. Ces pulsations donnent à peu près l'impression d'un roulement plutôt qu'un frémissement, et en appuyant le doigt un peu fortement sur l'artère on perçoit encore mieux ce thrill que l'on peut comparer, si cette comparaison est permise toutefois, au ronronnement du chat. Ajoutons que le thrill diminue d'intensité au moment de la diastole ventriculaire.

Ainsi donc le thrill est bien distinct du pouls bondissant et de la danse des artères. Dans ce dernier cas en effet le doigt qui explore l'artère perçoit la sensation d'une pulsation unique, ample, brusque,

dure, il est repoussé pour ainsi dire en arrière par la force de l'ondée sanguine.

Bien que nous ayons plus communément observé le thrill sur les artères du tronc, nous avons pu cependant, notamment dans un cas, l'observer sur les artères du membre inférieur, au niveau de l'artère fémorale dans la partie supérieure du triangle de Scarpa (voir l'observation I). Toutefois ajoutons que dans ce cas le doigt, pour bien percevoir le thrill, devait être placé d'une façon particulière. Il fallait appliquer deux doigts au niveau de l'artère fémorale et comprimer un peu cette artère avec le doigt supérieur.



CHAPITRE IV

MODE DE PRODUCTION DU THRILL

Maintenant que nous avons fait connaître comment les médecins, qui ont étudié les maladies du cœur, envisageaient le thrill, ainsi que le résultat de nos observations au point de vue de sa description, nous nous sommes demandé s'il était possible d'expliquer sa production.

Monsieur François Franck a bien voulu nous ouvrir son laboratoire du collège de France pour y poursuivre des recherches expérimentales relatives à ce sujet, et nous le remercions même vivement d'avoir eu l'obligeance de nous indiquer le plan de ces recherches. A notre vif regret, le temps nous a fait défaut pour exécuter les diverses expériences qu'il eut été utile d'entreprendre. Tout au moins avons-nous obtenu à un certain point de vue des résultats très nets. Voici résumée une expérience que nous avons faite avec le Docteur Hallion, chef des travaux du laboratoire, et nous profitons ici de la circonstance pour le remercier tout particulièrement de la complaisance qu'il a montrée à notre égard.

Le 25 juillet, nous avons exécuté au laboratoire de physiologie pathologique du collège de France l'expérience suivante, sur un chien vigoureux pesant

13 kilogrammes. L'animal est curarisé et soumis à la respiration artificielle. On ouvre le thorax. Le cœur bat à ciel ouvert et les gros vaisseaux sont facilement accessibles. On comprime progressivement l'aorte entre le pouce et l'index gauche, immédiatement au-dessus de l'orifice cardiaque de cette artère. A mesure que la compression augmente on sent naître et s'accroître sous les doigts qui compriment un frémissement qui devient très accentué à un certain degré de compression. Avec l'autre main on palpe l'aorte descendante soit à sa partie supérieure, proche de l'extrémité profonde de la crosse aortique, soit sur un point plus voisin du diaphragme. Il est impossible de percevoir aucun frémissement dans ces divers points. Pour ne pas trop fatiguer le cœur par une sténose aortique prolongée, on ne maintient chaque fois la compression de l'artère que pendant un temps assez court.

L'exploration que nous venons de décrire, souvent répétée, nous a fourni des résultats invariables négatifs. Produisant ensuite, par la même manœuvre, le même frémissement à l'origine de l'aorte, nous palpons, entre le pouce et l'index de la main restée libre, l'artère carotide gauche mise à nu à la partie moyenne et à la partie inférieure du cou.

Bien entendu nous avons soin de ne pas comprimer sensiblement la carotide explorée. Aucun frémissement n'est perceptible dans ce vaisseau. Dans l'artère axillaire gauche on perçoit peut-être

un frémissement léger, mais le phénomène manqué de netteté.

Au contraire, dans la partie intra-thoracique des artères carotides et des artères sous-clavières se fait sentir un frémissement des plus manifestes. En faisant varier l'intensité du frémissement de la portion ascendante de la crosse aortique, résultat qu'il est facile d'obtenir en modifiant le degré de compression, on fait varier de même le frémissement perçu dans les artères que nous venons de nommer.

Le frémissement propagé fait donc défaut dans l'aorte même, en un point qui est beaucoup plus rapproché du foyer de production du phénomène que les portions de la sous-clavière et de la carotide où le frémissement est nettement perceptible. A quelle cause faut-il attribuer cette différence dans l'étendue de la propagation, suivant que l'on considère le tronc aortique ou ses branches ascendantes ? Est-ce l'incurvation de l'aorte qui empêche les ondes de se transmettre au-delà de la crosse ? N'est-ce pas la tension relativement forte du sang dans ce vaisseau qui crée une condition défavorable à la transmission ou plutôt à la perception du phénomène ? L'épaisseur relative de la paroi artérielle, ne joue-t-elle pas un rôle du même ordre ? Autant de questions que notre expérience ne nous permet pas d'élucider. Du reste, bon nombre d'auteurs ont entrepris des expériences afin d'expliquer ces phénomènes ; citons l'expérience de Toussaint et Colrat, faite pour rechercher la nature du souffle entendu dans les artères.

Ces auteurs avaient expérimenté sur un cheval, en appliquant à la carotide de cet animal, un hémodynamomètre. Ils ont reconnu que les ondes successives qui se produisent dans ce vaisseau à l'état normal, sont toutes progressives, qu'elles donnent lieu à un bruit de souffle, toutes les fois que la progression du sang y atteint une certaine vitesse. De plus, ayant produit chez l'animal en expérience, une insuffisance aortique par la rupture des valvules, ils ont constaté que les phénomènes restaient les mêmes sauf l'abaissement de la tension artérielle, qui entraîne une exagération des oscillations dans l'artère, et par suite, de la rapidité des ondes d'où le souffle résulte.

M. le professeur Potain a également démontré par des recherches manométriques faites sur un cheval atteint d'insuffisance aortique artificielle que l'irritation produite par la lésion valvulaire est le point d'un réflexe du côté du cœur et de la circulation périphérique. Il se produit un spasme transitaire des artères, qui devient ensuite permanent et relève la pression sanguine, en diminuant la capacité de l'arbre artériel. Cet état spasmodique du système artériel, transforme les parois vasculaires en tubes dépourvus d'élasticité dans lesquels la pulsation cardiaque retentit plus énergiquement. Nous pourrions encore citer beaucoup d'autres expériences, mais ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, cet ordre de questions n'entre pas dans notre plan.

Ce qui nous importe à notre point de vue, c'est le résultat positif. Un frémissement provoqué au

niveau de l'orifice aortique ou tout au moins dans le voisinage immédiat de cet orifice, s'est transmis à une certaine distance dans les grosses artères naissant de la crosse de l'aorte.

Il eut été intéressant de renouveler la même expérience ou plutôt de créer chez un chien une insuffisance aortique artificielle et d'observer ce qui se passait dans ce cas sur le trajet des artères, comme nous l'avions fait précédemment chez le chien à l'état normal. Malheureusement, le temps nous a fait défaut pour renouveler ces expériences, et il est probable, étant donnée l'expérience de Toussaint et Colrat relatée ci-dessus, bien que ces auteurs ne se soient point placés à notre point de vue, il est donc probable, disons-nous, que nous aurions obtenu chez le chien porteur d'une insuffisance aortique, les mêmes résultats que chez le chien normal.



OBSERVATIONS

Nous n'avons pas voulu terminer cet exposé sans donner le résumé de quelques observations comme preuves à l'appui de ce que nous avançons.

OBSERVATION I (inédite)

Insuffisance aortique

Recueillie à l'hôpital d'Aubervilliers dans le service
du Docteur Roger

L..., âgé de 23 ans, garçon de café, entre à l'hôpital d'Aubervilliers le 6 avril 1896. Il est atteint de la rougeole. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Le malade nous raconte qu'il a eu la fièvre muqueuse à l'âge de 14 ans. Il y a deux ans il a eu une violente attaque de rhumatisme,

Le 22 mars 1896, il est entré à l'hôpital Beaujon pour des battements de cœur, et il reste 10 jours en traitement dans cet hôpital. Il en ressort à peu près dans le même état que quand il y est entré. Il sort de l'hôpital d'Aubervilliers le 17 avril complètement guéri de sa rougeole quand le 20 du même mois, il contracte l'angine diphthérique et rentre de nouveau à l'hôpital d'Aubervilliers, c'est à ce moment que nous examinons le malade et nous notons les faits suivants. Le malade nous raconte que depuis son attaque de rhumatisme, il a fréquemment des étourdissements, et des bouffées

de chaleur lui montent au visage de temps en temps. D'autre part cet homme a le facies pâle, anémié des aortiques. A l'auscultation nous entendons nettement un souffle diastolique très net à la base du cœur dans le 2^e espace intercostal droit. Ce souffle se propage un peu à la pointe du cœur. Le pouls radial est dur, bondissant.

Nous notons également un double souffle crural. Le pouls capillaire est visible. Nous avons donc affaire à une insuffisance aortique pure. En plaçant la main au niveau de la sous-clavière droite principalement, on a la sensation d'un thrill se produisant pendant tout le temps de la systole. Ce thrill est également perceptible du côté gauche mais d'une façon moins nette. Si nous promenons le doigt sur le trajet d'autres artères nous ne notons pas de thrill, sauf au niveau de l'artère crurale, mais encore pour le percevoir il faut placer deux doigts sur le trajet de l'artère fémorale et comprimer un peu cette artère avec le doigt supérieur c'est-à-dire placé en haut.

OBSERVATION II (inédite)

Insuffisance aortique

Recueillie à la consultation de l'hôpital Baujon (service du Docteur Launois).

S..., 35 ans, machiniste à Clichy, n'a jamais eu de maladies antérieures. Il a travaillé plusieurs années comme mécanicien à bord d'un transatlantique et a séjourné quelque temps aux colonies mais il n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Il n'a jamais eu de rhumatisme et n'a jamais contracté la syphilis. Il fait remonter le début de sa maladie actuelle à l'année 1889. Depuis cette époque, dit-il, il ressent une

violente douleur au cœur, il est oppressé. Il a fréquemment des étourdissements.

En observant ce malade on remarque à première vue qu'il est très pâle, on voit battre ses carotides à distance. Ses artères radiales sont dures et bondissent sous le doigt. Si on ausculte le malade on note que le ventricule gauche est très hypertrophié et on entend un bruit de souffle à la base au second temps surtout limité au deuxième espace intercostal droit. Ce bruit de souffle n'est cependant pas unique au 2^e temps, il se produit aussi mais d'une façon moins nette au premier temps et il se propage à la pointe du cœur. Le double souffle crural existe, ainsi que le pouls capillaire. Nous pensons donc, bien qu'il existe deux souffles, qu'il s'agit d'une insuffisance aortique pure et que l'un des souffles n'est que la propagation du vrai souffle diastolique. Si nous plaçons la main ou plutôt les doigts sur le trajet des artères sous-clavières de ce malade, aussi bien du côté droit que du côté gauche, on perçoit ainsi par le toucher un thrill caractéristique et hâtons-nous de dire que le thrill est perçu presque sur tout le trajet des artères de ce malade, c'est ainsi que nous l'avons observé à l'humérale, à la radiale, à la cubitale, aux carotides, aux temporales. Du reste c'est le seul malade qui ait présenté sur toutes les artères que nous venons de citer, d'une façon très nette, ce symptôme.

OBSERVATION III (Inédite).

Insuffisance aortique pure.

Recueillie à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Millard.

F... Joséphine, 25 ans, couturière, entre à la salle Gubler où elle occupe le lit n° 5. La malade interrogée n'accuse

pas de maladies héréditaires ni d'affections personnelles antérieures. Son mari est bien portant. Elle a eu un enfant également bien portant. Cette malade nous dit avoir fait une fausse couche il y a un mois, elle était alors enceinte de six mois.

Il y a une quinzaine de jour, en revenant de faire une course, la malade a ressenti un frisson et elle a été obligée de s'aliter. Elle a ressenti également des douleurs articulaires dans les bras et dans les jambes et elle a été prise d'étouffements. Tels sont les quelques renseignements que nous avons pu obtenir, car lorsque nous avons vu la malade, c'est-à-dire le lendemain de son entrée à l'hôpital, elle pouvait à peine parler, tellement elle était oppressée et elle avait 39°6 de température.

En auscultant la malade on trouve des râles de bronchite dans toute la poitrine. Du côté du cœur il y a un souffle entendu presque dans toute la région précordiale mais avec prédominance à la base et à droite. La malade est pâle ou plutôt elle offre un teint jaunâtre, le pouls est dur, bondissant, on sent un thrill dans les carotides et au niveau des sous-clavières. La langue est sèche, fendillée ; il y a de l'albumine dans les urines.

Les jours suivants l'état est stationnaire, la malade se plaint de ressentir une violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Elle a un peu de diarrhée.

Nous avons oublié de dire que le diagnostic porté à l'arrivée de la malade était : Endocardite infectieuse avec insuffisance aortique.

Enfin, 7 jours après son entrée à l'hôpital, la malade meurt presque subitement. L'autopsie que nous pratiquons 24 heures après la mort, nous donne les renseignements suivants : A l'ouverture de la cage thoracique, un peu de

liquide en sort. On note également des adhérences du côté des deux poumons. Il y a un infarctus sur la rate qui est lobulée, volumineuse. Le foie est un peu hypertrophié. Les reins sont normaux. Le cœur un peu hypertrophié ne contient pas de sang ni aucun caillot. Pas de liquide dans la cavité péricardique. La valvule mitrale est saine. Une des valvules aortiques présente sur son bord une grosse végétation ayant déterminé une insuffisance aortique.

En résumé, nous voyons qu'il y avait bien insuffisance aortique accompagnée probablement d'endocardite infectieuse survenue à la suite de la fausse couche signalée plus haut.

OBSERVATION IV (Inédite).

Insuffisance aortique pure

Recueillie à l'hôpital de la Pitié par notre ami M. Subercaze, externe des hôpitaux.

C..., âgé de 50 ans, manoeuvre, entré à la Pitié le 15 avril 1896. Son père est mort asthmatique à 67 ans. Sa mère est morte, à la suite d'une hémorrhagie dont la nature est inconnue ou oubliée de la part du malade, à 28 ans. Ce dernier s'est bien porté jusqu'à l'âge de 22 ans. A cet âge, il a eu un ictère catarrhal qui a duré un mois. Il a contracté un chancre mou à l'âge de 24 ans.

Il est porteur depuis 10 ans d'hémorroïdes ainsi que d'une hydrocèle enkystée droite et d'un varicocèle gauche. Depuis 3 ans le malade ressent une douleur à l'hypochondre droit. Cette douleur est augmentée par la marche et par l'effort. La première y augmente la douleur qui s'irradie

alors dans le dos et est assez intense pour empêcher le malade de se coucher sur le côté droit. Depuis la même époque existent des troubles digestifs (Anorexie, pesanteur, malaise après les repas).

Le malade entre surtout à l'hôpital pour des accès d'étouffements nocturnes qui surviendraient paraît-il depuis huit jours.

A l'auscultation, la respiration est rude en effet un peu partout, en arrière comme en avant. Il n'y a pas d'expectoration.

Les artères radiales sont dures au toucher, le pouls est bondissant fort mais régulier. La pointe du cœur bat dans le 7^{me} espace intercostal gauche.

A l'auscultation on note un souffle diastolique à la base dans le 2^{me} espace intercostal droit.

Le double souffle crural existe. Pas de pouls capillaire on note un thrill très net à l'artère sous clavière gauche plus prononcé qu'à droite.

Les jours suivants l'état du malade reste stationnaire le 29 avril le malade sort sur sa demande. Il paraît être un peu mieux c'est à dire qu'il respire plus facilement mais le souffle diastolique et à la base persiste ainsi que le thrill.

OBSERVATION V (Inédite)

Insuffisance aortique pure

Recueillie à l'hôpital de la Pitié par notre ami M. Subercaze
externe des hôpitaux

A.... François âgé de 54 ans, fondeur, entre à l'hôpital le 24 juin. En interrogeant le malade on apprend que son

père s'est suicidé à l'âge de 24 ans, sa mère est morte à 60 ans

Le malade a été atteint d'une ostéomyélite à 14 ans, actuellement il est atteint d'une ankylose du genou droit. Depuis huit mois le malade se plaint de ressentir de la dyspnée ainsi que des douleurs rétrosternales du côté droit. Il a de violents accès de céphalalgie, de plus c'est un éthylique.

Pas de trace de syphilis dans les antécédents. Il y a 7 mois il a eu une violente crise de dyspnée à la suite de laquelle il a perdu connaissance,

En examinant le cœur on trouve les phénomènes suivants : La pointe bat au-dessous et en dehors du mamelon environ à 3 travers de doigt en dehors de ce dernier. A l'auscultation on entend un souffle diastolique dur à la base. Il n'y a pas de souffle crural mais le pouls radial est fort, régulier, bondissant ; le pouls capillaire est très notable. Il s'agit donc bien d'une insuffisance aortique pure, on note également un thrill à la sous-clavière gauche principalement. Le thrill n'existe pas dans les carotides.

OBSERVATION VI (Inédite)

Insuffisance aortique

Recueillie à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Launois.

V..., 23 ans, forgeron, vient à la consultation de l'hôpital Beaujon le 2 octobre 1896. Ses parents sont bien portants. Le malade a eu une bronchite à 45 ans. Dé plus il a été soigné à l'hôpital Bichat à l'âge de 16 ans pour une attaque aiguë de rhumatisme articulaire. A 19 ans il a

contracté une laryngite pour laquelle il est entré à l'hôpital Beaujon. A l'âge de 17 ans le malade s'est adonné à la boisson, il buvait de préférence du vin et de l'absinthe. Il allait jusqu'à boire 4 ou 5 absinthes par jour. A 21 ans, il partit comme soldat dans les zouaves et au bout de 6 mois de service militaire il commença par ressentir un certain essoufflement. Cette oppression augmentant il entra à l'hôpital militaire, où il fut réformé.

Actuellement le malade se plaint d'être essoufflé depuis 2 jours et c'est pour ce malaise qu'il vient consulter. Nous faisons déshabiller le malade et nous voyons à la simple inspection du thorax que le cœur est hypertrophié considérablement, la pointe bat dans le 8^e espace intercostal, il y a du frémissement cataire. Les vaisseaux du cou sont soulevés par la pression sanguine. La figure du malade est pâle. Si nous auscultons le cœur nous entendons un souffle diastolique à la base dans le 2^e espace intercostal droit. Ce souffle se propage à la pointe et il est facile de l'entendre au niveau du creux xyphoïdien. Les artères radiales sont dures, bondissantes, mais on ne perçoit pas de thrill au niveau de ces artères. On note le pouls capillaire et un double souffle crural. Le doigt appliqué au niveau des artères sous-clavières laisse percevoir un thrill marqué. Ce thrill est également perçu au niveau et sur le trajet des artères humérales.

OBSERVATION VII (Inédite)

Insuffisance aortique pure

B..., soldat au 154^e régiment d'infanterie de ligne, 21 ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 15 Juillet 1896 pour des rhumatismes articulaires aigus.

Le 10 août ce malade contracte une endocardite grave, on note de la tachycardie, un bruit de souffle diastolique à la base, se propageant à la pointe mais le bruit noté à la base est plus fort que celui de la pointe. Le malade a le facies d'un typhique. Cet état persiste à peu près jusque vers le 29 août. A cette époque le pouls est bondissant. Le souffle à la base et au 2^e temps est nettement marqué, il y a de la pâleur du visage, un double souffle crural, le pouls capillaire existe. En résumé on se trouve bien en présence d'une insuffisance aortique pure survenue à la suite de cette endocardite et l'observation du malade ressemble à l'observation III relatée ci-dessus. Si on applique le doigt sur le trajet de l'artère sous-clavière de ce malade on sent un thrill très net. Il est moins net sur le trajet des autres artères.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Insuffisance aortique pure

I..., caporal au 115^e régiment de ligne, 19 ans. Ce militaire s'est engagé volontairement à l'âge de dix-huit ans. A 15 ans il a eu une première attaque de rhumatisme. Il a contracté récemment une blennorrhagie. Depuis quelque temps, il se plaint d'être toujours essouffé. Le 15 septembre, étant à l'exercice, il est tombé à terre subitement, ayant perdu connaissance. Il a eu une syncope qui a duré assez longtemps et a nécessité son transport à l'hôpital militaire Saint-Martin. En examinant ce malade, on voit au premier aspect qu'il a le facies pâle. Il respire assez difficilement, il y a même de

l'angoisse et de l'anxiété précordiale. Si on ausculte sa poitrine, on découvre des râles de congestion dans les poumons. Au cœur existe un souffle diastolique à la base. Les artères sont dures, bondissantes. Le pouls capillaire existe. Dans ce cas également, on est en droit d'incriminer ou plutôt de diagnostiquer une insuffisance aortique, en présence de ces symptômes. Or, en plaçant le doigt au niveau des sous-clavières on trouve également un thill, qui se fait un peu sentir aussi sur le trajet des artères carotides.

OBSERVATION IX (Inédite)

Insuffisance aortique et rétrécissement aortique.

C..., âgé de 54 ans, peintre, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 juin pour des coliques de plomb qui durent depuis quatre jours. C'est la troisième fois que le malade est atteint de ces coliques. Le ventre est dur, il y a de la constipation, des vomissements. Le foie est un peu rétracté. Le malade souffre beaucoup. Le matin, avant de venir à l'hôpital, il a pris un purgatif.

En examinant le malade, on voit qu'il respire difficilement. Il y a de la dyspnée et du cornage. L'inspiration est lente, bruyante. A l'auscultation, on note quelques râles dans la poitrine. Le pouls est petit, dur. Les artères radiales sont tendues. L'artère temporale bat d'une façon visible. Il y a de la voussure précordiale. La matité s'étend à droite à deux travers de doigt du sternum. A l'auscultation, on entend un souffle diastolique à la base, s'étendant surtout le

long du bord droit du sternum. Les battements de la carotide sont visibles au cou. Il y a également au cœur un souffle systolique à la base et à la pointe. Il n'y a pas de pouls capillaire ni de souffle crural. Ajoutons que ce malade est athéromateux. Nous ne pensons donc pas qu'il s'agisse, en présence ces symptômes, d'une insuffisance aortique pure, mais nous avons plutôt affaire à une insuffisance aortique accompagnée de rétrécissement aortique. Si on vient à placer le doigt sur les artères de ce malade, et particulièrement sur les artères sous-clavières, on ne sent pas le thrill perçu précédemment

OBSERVATION X (Inédite)

Insuffisance aortique et Rétrécissement aortique

Recueillie à l'hôpital Beaujon. Service du docteur
Launois

J.... âgé de 44 ans peintre en bâtiments vient à la consultation de l'hôpital Beaujon, le 4^{er} septembre 1896. Le père du malade a toujours été très fort, il est mort à 63 ans d'un asthme. Sa mère est morte à l'âge de 37 ans en 1854.

Pendant l'épidémie de choléra qui régnait à cette époque. Le malade a eu deux frères morts en bas âge. Il a encore un frère et une sœur qui se portent bien.

Si nous interrogeons le malade au point de vue de ses antécédents personnels, nous apprenons qu'il a été atteint de la rougeole à 2 ans, la varicelle à 3 ans et de nouveau la varicelle à 4 ans.

A 20 ans il contracte la syphilis pour laquelle il est soi-

gné à l'hôpital du midi. Il a pris des pilules de protoïodure d'hydrargyre pendant un mois. En 1880 il a eu une arthrite de l'épaule et enfin il y a 5 ou 6 ans il a eu un commencement pleurésie, ajoutons qu'à cette époque le malade se plaignait d'avoir un peu d'arythmie passagère. Il n'a jamais eu de coliques de plomb mais il n'est pas très sobre et fait abus de vin et de liqueurs.

Depuis trois mois en se couchant il est pris de crampes douloureuses à la région précordiale entre les deux omoplates et surtout dans les biceps. Cet état dure vingt minutes à une demi-heure puis disparaît progressivement, mais assez rapidement par fois en deux à 3 minutes. Ces crises peuvent être provoqués par une émotion ou une animation vive dans la conversation. Il y a un mois le malade a eu des palpitations, de l'arythmie.

L'appétit est bon, mais le soir le malade n'ose pas manger car un repas un peu trop copieux dit-il peut provoquer une crise.

En auscultant le cœur de ce malaise nous trouvons un souffle diastolique et systolique à la base.

Les artères ne sont pas très dures ni bondissantes. Il n'y a pas de pouls capillaire, ni de double souffle crural. En résumé nous voyons que ce malade est atteint de fausse angine de poitrine car les symptômes de la véritable angine de poitrine font défaut, la douleur précordiale si angoissante fait défaut; de plus les localisations douloureuses n'existent pas dans leur véritable siège, mais l'orifice aortique est certainement atteint et il doit exister une double lésion aortique : insuffisance aortique et rétrécissement aortique. Quoiqu'il en soit nous n'avons pas rencontré de thrill chez ce malade.

OBSERVATION XI (inédite)

Anévrysme de l'aorte et insuffisance aortique

Recueillie à l'hôpital Beaujon (Service de M. le Dr Launois)

D..., 40 ans, ménagère. Cette femme est malade dit-elle depuis cinq ou six ans. Elle a été atteinte de rhumatismes articulaires aigus à plusieurs reprises. Depuis un an elle est devenue très émotive. Elle a des étourdissements à chaque instant, puis il lui monte au visage des bouffées de chaleur. Elle ressent des douleurs dans la poitrine et son bras gauche principalement ainsi que sa main, bien que le membre supérieur soit également un peu atteint, sont engourdis. Il y a de la dyspnée. Le pouls gauche est plus fort que le droit d'une façon notable. Il n'y a pas de tumeur visible, Si nous auscultons le cœur on entend un souffle diastolique et un souffle systolique à la base. D'après ces symptômes, il y a tout lieu de croire que nous avons affaire à un anévrysme de l'aorte accompagné d'insuffisance aortique, comme ce fait se présente assez souvent. Nous avons recherché le thrill sur cette malade et nous ne l'avons pas trouvé.

OBSERVATION XII (inédite)

Insuffisance mitrale et insuffisance aortique

Recueillie à l'hôpital Beaujon (Service de M. le Dr Launois)

M..., âgée de 50 ans, domestique. Cette femme est malade depuis trois ans. Elle éprouve des palpitations, et ne

peut monter les escaliers facilement sans être essouffée. Elle a le facies un peu violacé.

Si nous auscultons son cœur nous entendons un souffle en jet de vapeur. Ce souffle est systolique à la pointe. Il est entendu en arrière de la poitrine à la pointe de l'omoplate. A la base on entend également un souffle mais plutôt diastolique. Du reste les artères sont dures. Le pouls est fort bondissant, régulier. Disons toutefois que le pouls capillaire n'existe pas, nous avons recherché le thrill et nous ne l'avons pas trouvé.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Insuffisance et rétrécissement aortiques

Recueillie à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Launois

F..., âgé de 35 ans, domestique. Ce malade n'a jamais été bien portant. Etant jeune, il ne s'amusait presque jamais avec les autres enfants parce que dès qu'il se remuait un peu il éprouvait de la difficulté à respirer. Il a 4 ans il a eu une violente attaque de rhumatismes articulaires aigus qui l'a tenu au lit pendant 8 jours.

Actuellement le malade vient à la consultation pour cette dyspnée qu'il ressent ainsi que des battements de cœur. En auscultant son cœur nous entendons un souffle systolique et diastolique à la base. La pointe du cœur bat dans le 6^e espace intercostal gauche. Les battements sont précipités mais réguliers. Le pouls est plutôt petit que fort et bondissant. Pas de pouls capillaire ni de souffle crural. Nous n'avons pas trouvé de thrill.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Insuffisance mitrale et Rétrécissement mitral

Recueillie à l'hôpital Beaujon, service du docteur Launois.

S..., âgée de 35 ans, ménagère, vient à la consultation de l'hôpital Beaujon au mois de juillet dernier. Dans les antécédents héréditaires de cette malade il n'y a rien de particulier à noter. Cette femme nous raconte qu'elle a eu des rhumatismes il y a 10 ans et elle est restée six mois en traitement pour cette affection à la Charité.

Depuis sa naissance, elle est essouffée lorsqu'elle marche vite ou lorsqu'elle monte des escaliers.

Actuellement, en auscultant la malade, nous entendons à la pointe du cœur un souffle d'abord systolique puis un souffle diastolique et un dédoublement du 2^e temps. Le cœur paraît être un peu hypertrophié. On entend un souffle également en arrière à l'épine de l'omoplate. Le pouls est petit irrégulier. Nous n'avons pas trouvé de thrill.

OBSERVATION XV (Inédite)

Insuffisance aortique et insuffisance mitrale probable.

Recueillie à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Launois.

T..., 23 ans, garçon boucher. Ce jeune homme vient nous trouver pour des palpitations qu'il ressent depuis plusieurs mois. Il a été réformé, dit-il, pour une affection du cœur. Il a eu des rhumatismes il y a cinq ans.

A l'inspection le cœur paraît être hypertrophié, la pointe bat dans le 7^e espace intercostal, on note du frémissement cataire. Les artères carotides sont animées de battements notables. Les artères radiales sont dures, bondissantes sous le doigt. A l'auscultation, on note à la base un souffle diastolique très net dans le 2^e espace intercostal droit.

A la pointe on entend un souffle mais peu net et il se pourrait que ce souffle ne fut que la répercussion ou mieux la propagation du souffle de la base ; d'ailleurs le pouls est régulier, on n'entend pas ce souffle en arrière de la poitrine.

En résumé, dans ce cas il pouvait se faire que nous fussions en présence d'une insuffisance aortique pure. Quoiqu'il en soit nous n'avons pas trouvé de thrill.

Telles sont les quelques observations que nous avons pu recueillir, et pour terminer nous avons voulu donner un tableau résumant le nombre de fois que nous avons entendu ce thrill et le trajet des artères sur lequel il a été entendu le plus de fois.

*Nombre de malades observés atteints d'insuffisance
aortique pure : 8*

Thrill perçu au niveau des artères sous-clavières, 8 fois ;

Thrill perçu principalement au niveau de l'artère sous-clavière gauche, 4 fois ;

Thrill perçu principalement au niveau de l'artère sous-clavière droite, 1 fois ;

Thrill perçu au niveau de l'artère fémorale, 1 fois ;

Thrill perçu au niveau des artères carotides, 2 fois ;

Thrill perçu au niveau de l'artère humérale, 1 fois ;

Thrill perçu au niveau des artères radiales, 1 fois ;

Thrill perçu au niveau de toutes les artères, 1 fois.

CONCLUSIONS

Nous nous arrêterons donc aux conclusions suivantes :

I. — Le thrill est d'une façon générale toujours rencontré dans l'insuffisance aortique pure ; son absence est exceptionnelle ainsi que nous l'avons signalé dans les observations ci-dessus.

II. — Nous n'avons presque jamais rencontré de thrill dans les affections valvulaires complexes du cœur, et c'est surtout à ce point de vue que nous croyons ce signe être d'une certaine valeur.

III. — C'est au niveau de l'artère sous-clavière gauche que le thrill a été le plus souvent constaté. Au niveau des grosses artères, nous l'avons rencontré d'une façon moins systématique ainsi qu'on peut le voir d'après le tableau ci-dessus.

Vu :
Le Président de la Thèse,
POTAIN.
Vu : Le Doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Corrigan. — Journal de médecine d'Edimbourg, 1832, et Dublin of medical science, 1832.
- Guyot. — De l'insuffisance des valvuls sigmoïdes. Thèse inaugurale, 1834.
- Soulier. — Gazette médicale de Lyon. Du frémissement artériel, 1864.
- Grisolle. — Traité de pathologie interne.
- Péter. — Cliniques médicales. (Page 135). Tome I (8^e leçon).
- Jaccoud. — Dictionnaire. Article cœur (Maurice Raynaud).
- Potain et Rendu. — Dictionnaire encyclopédique. Article cœur.
- Toussaint et Colrat. — Gazette hebdomadaire, 1874.
- Jacquet. — Thèse de Paris, 1890.
- Charcot et Bouchard. — Traité de médecine. Tome V. Maladies du cœur.

